Załącznik nr 1

Biczyce, dnia………………………….

…………………………………………

Nazwisko i imię rodzica/prawnego opiekuna

…………………………………………

Nazwisko i imię rodzica/prawnego opiekuna

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA Z ODDZIALU PRZEDSZKOLNEGO

Upoważniam / upoważniamy niżej wymienione osoby do odbioru z oddziału przedszkolnego w SP Biczyce Dolne dziecka / dzieci:

1. ………………………………………………………………………………………….

(Imię i nazwisko dziecka )

2. ………………………………………………………………………………………….

(Imię i nazwisko dziecka )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby uprawnionej | Seria i numer dowodu osobistego | Numer telefonu | Stopień pokrewieństwa |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

Jednocześnie oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej osobę.

...……………………………………

podpis rodzica / prawnego opiekuna

………………………………………

podpis rodzica / prawnego opiekuna

* Dla skuteczności upoważnienia nie jest wymagane łączne działanie obojga rodziców, w związku z czym dopuszczalne jest udzielenie upoważnienia tylko przez jedno z nich.

**INFORMACJA DLA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA**

Informujemy, że Pani/a dane osobowe (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, numer telefonu) są przetwarzane i administrowane zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych (RODO) przez Szkołę Podstawową im. s. Cz. Lorek z siedzibą Biczyce Dolne 30, w celu umożliwienia Państwu odbioru dziecka z oddziału. Dane zostały przekazane administratorowi danych przez rodziców dziecka.

Informujemy, że przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych. Dane udostępnione przez Panią/a nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim.

Ja niżej podpisana /-ny oświadczam, że zostałam/-łem zapoznana/-ny z wyżej podaną informacją

i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych, które dobrowolnie podałam/-em rodzicom dziecka w celu jego odbioru z oddziału przedszkolnego w SP Biczyce.

1. ……………….………………………………………………….

Data / czytelny podpis osoby upoważnionej

2. ……………….………………………………………………… Data / czytelny podpis osoby upoważnionej

3. ……………….………………………………………………… Data / czytelny podpis osoby upoważnionej

4. ……………….………………………………………………….

Data / czytelny podpis osoby upoważnionej

5. ……………….………………………………………………… Data / czytelny podpis osoby upoważnionej

Załącznik nr 2

**Rejestr upoważnień telefonicznych do odbioru dziecka z oddziału przedszkolnego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA | IMIĘ I NAZWISKO TELEFONUJĄCEGO | IMIĘ I NAZWISKO DZICKA | IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ PRZEZ RODZICÓW DO ODBIORU DZICKA | SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO OSOBY UPOWAŻNIONEJ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |